



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

Close the File

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: ..Luman Safadi

Date: 20/5/2020

Date: 20/5/2020 File Number: 1004595  
Patient Name: Luman Safadi اسم المريض:  
Date Of Birth: 9/11/1973 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married  
Nationality: Jordanian Occupation: (الوظيفة): Secretary  
Address: Ajlun Address: Ajlun Phone No: 0562822732  
E-MAIL: Luman73669@hotmail.com How did you know about us: Google

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟  | X                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟   | X                  |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | X                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟  | X                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | X                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟  | X                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا  | X                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى   | X                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟   | X                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | X                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | X                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | X                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟   | X                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟   | X                  |   |
| Other conditions<br>HIV, HSV...etc<br>هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc   | X                  |   |



### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.

I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: .../.../....

### نموذج اقرار طبي

أوافق وأسبح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعقوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمتي للملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                            |    |                         |  |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نمط الدم):  |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | /  | Blood Sugar (سكر الدم): |  |

### سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

|   |                         |                               |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| Disease History : التاريخ المرضي:                                 |                         |                               |
| Allergies الحساسية  |                         |                               |
| Medications الأدوية   |                         |                               |
| Pregnancy الحمل   |                         |                               |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة . احوال المستشفى |                         |                               |
| Smoking (التدخين): Y / N  | Alcohol (الكحول): Y / N | Drugs (تدخين العقاقير): Y / N |

### General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

#### الفحص Examination

#### الصور الشعاعية Radiography

#### التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False  
 Modifiable Data (SF5) False  
 Holder Signature Image (SF7) False  
 Photography False  
 Home Address False  
 Work Address False

**Card Holder Information**

|                 |                                |                   |                 |                   |            |
|-----------------|--------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------|
| Name            | Iman,H.A.,Al Safiadi           | IDN:              | 784197329254870 | Mother Name:      |            |
| Name (Ar)       | ايمان رحمان عبدالعظيمي، الصندي | Card Number:      | 097330650       | Mother Name (Ar): |            |
| Title:          |                                | Nationality:      | PSE             | Family ID:        |            |
| Title(Ar):      |                                | Nationality (Ar): | فلسطين          |                   |            |
| Issue Date:     | 11/11/2019                     | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 06         |
| Expiry Date:    | 06/11/2021                     | Date of Birth:    | 09/11/1973      | Sponsor Name:     |            |
| Marital Status: | 02                             | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 00         |
| Residency Type: | 02                             | Residency Number: | 30120192159152  | Residency Expiry: | 06/11/2021 |
| ID Type:        | IL                             | Occupation:       | 11              | Occupation Field: | 00         |



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

5/20/2020